

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 76

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

OSTÉOPATHIES FIBRO-KYSTIQUES DES MAXILLAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Décembre 1931

PAR

François-Jean-Louis BOUBÉE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BAZORDAN (Hautes-Pyrénées), le 1^{er} avril 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ROCHER, professeur	Président.
		DUVERGEY, professeur	
		JEANNENEY, agrégé	Juges.
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0012

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 76

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OSTÉOPATHIES FIBRO-KYSTIQUES DES MAXILLAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Décembre 1931

PAR

François-Jean-Louis BOUBÉE

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BAZORDAN (Hautes-Pyrénées), le 1^{er} avril 1907.

Examineurs de la Thèse

MM. ROCHER, professeur	Président.
DUVERGEY, professeur	
JEANNENEY, agrégé	Juges.
JOULIA, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

En témoignage de ma piété filiale et
en reconnaissance des sacrifices qu'ils se
sont imposés.

A MA SOEUR

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Croix de guerre.*

Qui m'a donné l'idée de ce travail et
m'a constamment aidé de ses conseils
pour sa réalisation.

AU DOCTEUR MATHEY-CORNAT

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H.-L. ROCHER

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie,
Membre des Sociétés française et italienne d'orthopédie,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OSTÉOPATHIES FIBRO-KYSTIQUES
DES
MAXILLAIRES

INTRODUCTION

Parmi les tumeurs du maxillaire, il existe une variété de néoformations dont l'origine et l'évolution sont particulières. Nous voulons parler d'un groupe de tumeurs dont l'étude est relativement récente. Il s'agit des ostéopathies fibro-kystiques des maxillaires.

Mais la classification et la terminologie de ces tumeurs varient d'un auteur à l'autre. D'autre part, ces affections offrent plus d'un point commun avec les tumeurs liées à l'existence du système dentaire. Or, il est indispensable, pour proportionner l'acte opératoire à la gravité de la lésion, de tout mettre en œuvre pour établir un diagnostic exact. Aussi croyons-nous utile de consacrer un court chapitre à l'étude des tumeurs d'origine dentaire. De plus, pour comprendre l'évolution et la pathogénie de ces dystrophies osseuses, il convient d'étudier dans un chapitre spécial les affections fibro-

kystiques susceptibles de se localiser en un point quelconque du tissu osseux. Nous nous contenterons d'ailleurs d'un essai de classification et d'un simple exposé anatomo-pathologique.

Enfin, nous nous sommes efforcé de réunir toutes acquisitions récentes en ce qui concerne l'étude clinique des ostéopathies fibro-kystiques des maxillaires.

CHAPITRE PREMIER

LES TUMEURS DU MAXILLAIRE

Au cours de l'étude des tumeurs des maxillaires, on rencontre toute une série de néoformations dont l'existence ne peut s'expliquer que par l'évolution du système dentaire. Mais il existe aussi, au niveau des maxillaires, des néoplasies analogues à celles qu'on retrouve en divers points de l'organisme.

Dans ce chapitre, nous ferons abstraction des tumeurs malignes d'origine osseuse, auxquelles leur localisation au maxillaire ne donne aucun caractère particulier.

I. — Tumeurs d'origine dentaire.

Les différentes formations épithéliales qui ont contribué à la formation de la dent ne disparaissent pas toujours. Il subsiste parfois quelques îlots cellulaires susceptibles de donner des néoformations.

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la formation de ces néoplasies. Ainsi Stokes, Magitot, soutiennent que la tumeur provient d'un germe dentaire irrité au cours du développement. Malassez lui donne une origine épithéliale paradentaire.

A l'heure actuelle, les travaux de Delater et Bercher ont fait faire un grand pas à la question. Ces auteurs pensent qu'il existe un lien commun entre ces tumeurs : leur pathogénie.

PATHOGÉNIE ET CLASSIFICATION. — Elles seraient toutes de même nature et de même origine. Elles ne s'individualiseraient que plus tard.

A l'origine de ces néoformations il y aurait une tumeur mixte épithélio-conjonctive, le bourgeon paradentaire, né d'un débris épithélial embryonnaire irrité par une infection lente.

Delater et Bercher classent ainsi ces tumeurs, d'après leur évolution. Ils distinguent les quatre types suivants :

- 1° Granulome paradentaire;
- 2° Kystes corono et radiculo-dentaires;
- 3° Epithéliomas;
- 4° Fibromes et sarcomes des gencives.

Leur évolution peut se faire dans deux sens différents. Si la prolifération épithéliale l'emporte, nous aurons les granulomes, les kystes et l'épithélioma adamantin. Au contraire, si le tissu conjonctif prédomine, il y aura formation d'odontomes.

En résumé, d'après Delater et Bercher, toutes les tumeurs d'origine dentaire ont une commune origine : l'épithélio-granulome. Les modifications, les dégénérescences qu'elles subissent ne contribuent qu'à leur donner leurs caractères particuliers.

Au point de vue clinique, on peut adopter la classification suivante :

- a) Tumeurs liquides;
- b) Tumeurs solides.

a) *Tumeurs liquides* : Kystes.

Il existe trois variétés de kystes :

- 1° le kyste adamantin;
- 2° le kyste dentifère;
- 3° le kyste paradentaire.

Le kyste adamantin est un kyste multiloculaire. La tumeur ne fait pas de métastases. Le kyste dentifère est un kyste uniloculaire. A son niveau, on constate l'absence d'une dent, que l'on retrouve souvent dans le kyste. Les kystes paradentaires sont toujours en rapport avec une dent infectée.

b) *Tumeurs solides* :

- a) Epithélioma adamantin;
- b) Odontomes.

L'épithélioma adamantin siège assez souvent au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Cliniquement, cette tumeur ne se comporte pas comme un cancer.

L'odontome embryoplastique présente le même tableau clinique que l'épithélioma adamantin.

Epulis. — Les épulis ne sont pas habituellement comprises dans les tumeurs développées aux dépens du système dentaire. Delattre et Bercher ont montré qu'elles s'y rattachaient par leur origine. Dans toute épulis il y aurait un nid épithélial étouffé par du tissu conjonctif.

II. — Tumeurs d'origine non dentaire.

On peut classer les tumeurs d'origine non dentaire en deux catégories :

- a) Tumeurs bénignes;
- b) Tumeurs malignes.

a) *Tumeurs bénignes* :

- 1° Fibromes périostiques;
- 2° Chondromes;
- 3° Ostéomes.

Ce sont des tumeurs du jeune âge caractérisées essentiellement par leur marche lente, l'absence d'engorgement ganglionnaire et la longue conservation de l'état général.

b) *Tumeurs malignes* :

- 1° Sarcomes;
- 2° Epithéliomas.

Ces tumeurs malignes à évolution rapide présentent peu de caractères communs avec l'affection que nous allons étudier sous la dénomination d'ostéopathie fibro-kystique. D'ailleurs nous les étudierons à propos du diagnostic différentiel.

CHAPITRE II

TUMEURS FIBRO-KYSTIQUES

Dans ce chapitre, nous étudierons les tumeurs fibro-kystiques susceptibles d'atteindre un point quelconque du système osseux.

MALADIE DE RECKLINGHAUSEN.

En 1891, Recklinghausen décrit une ostéopathie chronique, « l'ostéite déformante généralisée avec formations kystiques ». Depuis lors, elle a été appelée successivement : maladie osseuse fibro-kystique, ostéite kystique. Achard la décrit sous le nom d'ostéo-fibrose vacuolaire (*Journal des Praticiens*, oct. 1926).

Etude anatomo-pathologique. — Anatomiquement, elle se traduirait :

- 1° par des lésions d'ostéite fibreuse;
- 2° des fontes tissulaires aboutissant à des cavités pseudo-kystiques;
- 3° des productions tumorales bordées parfois de cellules géantes.

Le foyer d'ostéite fibreuse serait la lésion initiale. La cavité kystique résulterait de la fonte de ce tissu fibreux mal irrigué. Le plus souvent, il s'agit de géodes plus ou moins vastes remplies de liquide séreux ou séro-hématique.

Pathogénie. — Plusieurs théories ont été proposées pour essayer d'expliquer la pathogénie de cette affection.

Pour les uns, la syphilis jouerait un rôle primordial. Mais la syphilis est rarement trouvée dans les observations.

Mlle Testoud, en 1922, soutient qu'il s'agissait d'une ostéite infectieuse.

Léri attribue un rôle aux lésions cérébro-méningées.

Enfin, quelques auteurs croient que cette décalcification de l'os est liée à un état d'acidose, le tissu osseux ne pouvant fixer le calcium dissous dans le plasma sanguin.

Etude clinique. — L'étude clinique est parfaitement au point depuis les travaux de Ruppe et Léri (*Progrès médical*, mai 1925). Ces deux auteurs pensent que la maladie peut se présenter de la façon suivante :

- a) une forme généralisée;
- b) des formes localisées.

Ces dernières sont évidemment les plus intéressantes. On peut se demander si tous les kystes des os ne sont qu'une forme localisée de la maladie de Recklinghausen.

Quelques auteurs, et en particulier Bérard et Konjetzny, pensent que l'étiologie de ces formations kystiques ne relève pas uniquement de l'ostéite fibreuse.

OSTÉITE KYSTIQUE LOCALISÉE.

Pendant longtemps, cette affection a été confondue avec la dégénérescence kystique des sarcomes osseux.

En 1901, Carl Bek publie les deux premières observations de maladie fibro-kystique isolée du tibia. Depuis lors, quelques observations ont permis de mieux étudier la question.

Etude anatomo-pathologique. — L'ostéite fibro-kystique localisée est caractérisée :

- 1° par la dégénérescence fibro-kystique du tissu bulbaire d'un os long;
- 2° par la présence de travées de tissu chondroïde;
- 3° par la présence de cellules géantes du type myéloplaxe.

L'os est soulevé, soufflé, au niveau du kyste. Le contenu de celui-ci est séreux ou séro-hématique.

Etiologie et pathogénie. — On a fait jouer un rôle aux traumatismes.

D'après Skillern, l'ostéite fibro-kystique isolée serait due à la syphilis héréditaire.

Mouchet et Lenormant pensent qu'il s'agit d'une « dystrophie osseuse par altération des surrénales, de l'épiphyse et des glandes génitales ».

CHAPITRE III

LES OSTEOPATHIES FIBRO-KYSTIQUES DES MAXILLAIRES

Généralités.

Nous allons maintenant décrire les manifestations des ostéopathies fibro-kystiques au niveau des maxillaires.

En France, il n'existe aucun travail d'ensemble sur les dystrophies osseuses. A l'étranger, au contraire, quelques auteurs ont assez bien étudié ces affections, auxquelles Recklinghausen avait donné le nom de « malacies métaplasiques ». Ainsi Bockenheimer, Boit, Frangenheim, ont particulièrement bien étudié ces formations fibro-kystiques.

Hæberer en 1916, Langenskiold en 1920, publient deux cas de maladie de Recklinghausen avec localisation kystique au niveau du maxillaire inférieur. Ruppe (thèse Paris, 1924) a publié quelques observations d'ostéite fibreuse intéressant le massif facial.

En 1927, MM. Jeanneney et Guérin, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, signalent un cas de production kystique solitaire siégeant au niveau du maxillaire inférieur.

A l'heure actuelle, quelques auteurs ont tendance à grouper dans une même famille l'ostéite fibro-kystique et l'ostéite fibreuse déformante.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les ostéopathies fibro-kystiques sont rares. Quelques auteurs pensent que cette maladie est exceptionnelle à partir de 30 ans. D'autre part, cette affection évolue de façon lente et insidieuse, aussi son début passe le plus souvent inaperçu.

On a voulu faire jouer un rôle à la *syphilis* dans l'étiologie de cette affection. Mais, dans la plupart des cas, le Wassermann est négatif. Cependant la syphilis peut amener des perturbations dans le système endocrinien. Ces glandes, à leur tour, déclencheraient les dystrophies osseuses.

On a également mis en cause le *traumatisme* et l'*inflammation chronique*.

Nous allons d'ailleurs passer en revue les diverses théories pathogéniques. Il en est quelques-unes qui méritent de retenir l'attention.

Théorie traumatique. — D'après Recklinghausen, un hématome d'origine traumatique est à la base de ces dégénérescences kystiques. La circulation subirait des modifications telles qu'elles entraîneraient la résorption osseuse à ce niveau.

Théorie inflammatoire. — D'après Mlle Testoud, l'inflammation jouerait un rôle primordial.

Cet auteur pense qu'on se trouve en présence d'un processus de périostite chronique se traduisant par de « l'endo-vascularite et une accumulation de plasmatzellens et de cellules rondes jeunes ».

Théorie endocrinienne. — Dawson et Struthers auraient

constaté chez un malade atteint d'ostéite fibreuse une hypertrophie des parathyroïdes. La sécrétion parathyroïdienne régulariserait la fonction cellulaire osseuse et le métabolisme du calcium.

Théorie nerveuse. — D'après Leri, certaines lésions cérébro-méningées seraient susceptibles de jouer un rôle dans l'apparition de ces formations fibro-kystiques. Mais cette théorie est difficilement acceptée par la majorité des auteurs.

Théorie chimique. — Le défaut de formation du tissu osseux serait lié à un état d'acidose ne permettant pas aux protéines du tissu osseux de fixer le calcium dissous dans le plasma sanguin.

Cette théorie ne peut s'appliquer qu'aux formes généralisées.

En résumé, la pathogénie de cette affection est fort mal connue. Devant le nombre limité d'observations publiées jusqu'à ce jour, il est difficile d'avoir une opinion bien arrêtée.

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

Symptomatologie. — Le plus souvent, le début de l'affection passe inaperçu. En effet, la douleur n'est pas constante. L'attention du malade est quelquefois attirée par les modifications de son facies. Mais cette hypertrophie osseuse n'a aucun retentissement sur l'état général du malade.

Examen. — L'hypertrophie osseuse entraîne des déformations faciales. Lorsque le processus ostéo-fibreux intéresse les maxillaires supérieurs, la région jugale devient proéminente.

Au niveau du maxillaire inférieur, la tumeur déforme souvent la région mentonnière, ou la face inférieure de la branche horizontale de l'os.

Les téguments ne subissent aucune modification.

Examen intrabuccal. — La tumeur est lisse, dure et le plus souvent indolore. Si la tumeur a acquis un certain volume, elle peut forcer la coque osseuse et donner une crépitation parcheminée. La consistance de cette néoformation varie suivant le degré de soufflure de la coque ostéo-périostée qui la circonscrit.

Les dents sont généralement expulsées. La tumeur est recouverte d'une muqueuse saine.

Signes de compression. — La cavité buccale peut être rétrécie par le développement exagéré des maxillaires. La mastication, la phonation, peuvent être gênées dans une certaine mesure.

Le malade peut présenter des signes d'obstruction nasale.

Au cours de leur développement, ces dystrophies osseuses

peuvent comprimer des nerfs, des vaisseaux. Ainsi les névralgies mentonnières ne sont pas rares. Ces troubles sensitifs renseignent sur l'extension des lésions.

La transillumination. — Le processus ostéo-fibreux peut intéresser les sinus maxillaires. L'absence de triangle lumineux sous-orbitaire et de transmission de la sensation lumineuse prouve que le sinus est comblé par du tissu de néoformation.

Exploration de la voûte crânienne. — On trouve assez souvent des lésions d'ostéite fibreuse au niveau du frontal et du pariétal.

Exploration du squelette. — Dans les affections généralisées, l'exploration du squelette peut donner des renseignements de premier ordre.

Examen radiographique.

La radiographie contribue à établir le diagnostic des tumeurs du maxillaire, et ceci de deux façons. L'une, négative, peut-on dire, montre ce que la tumeur n'est pas et élimine d'emblée les kystes dentifères, les épithéliomas adamantins, les kystes paradentaires. L'autre, positive, renseigne sur l'envahissement de l'os par la néoplasie.

En matière de tumeurs du maxillaire, les notions de bénignité ou de malignité peuvent être précisées par la radiographie.

Ainsi, d'après Harburger, certaines tumeurs auront un « aspect radiologique sain », tels sont les ostéo-fibromes, les chondromes.

Les ostéopathies fibro-kystiques (d'après leur image radiographique) pourraient être rattachées au groupe des tumeurs « d'aspect radiologique sain ». La radiographie nécessite une technique spéciale : Elle doit être faite avec des rayons mous, de façon à obtenir le maximum de détails osseux. Les meilleurs procédés sont les procédés intra-buccaux par projection.

IMAGE RADIOGRAPHIQUE DES OSTÉOPATHIES FIBRO-KYSTIQUES.

L'ostéite fibreuse localisée donne des lacunes grisâtres, « floconneuses », de dimensions inégales. Ces lacunes mordent plus ou moins sur la corticale. Les contours sont dégradés, rarement nets comme ceux du kyste.

L'image kystique serait parfois réticulée, « pommelée ». Chez la malade de M. Jeanneney (obs. V), une radiographie faite par M. Réchou montre une tumeur très perméable aux rayons X. On aperçoit des travées arciformes, irrégulières, s'intriquant dans l'intérieur de la tumeur. Celle-ci présente un aspect alvéolaire. En effet, il existe des logettes claires, séparées par des travées foncées.

L'image radiographique renseigne également sur l'extension des lésions. Ainsi on peut trouver des zones floconneuses dans une région cliniquement saine.

Les images radiographiques traduisent le remaniement profond qui se fait au niveau du tissu malade, avec à l'origine une fonte locale et plus tard une réparation ostéo-fibreuse plus ou moins marquée.

Ostéotomie.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — BIOPSIE.

L'opération confirme le diagnostic.

Dans les ostéopathies fibro-kystiques, on tombe, après trépanation, sur un ou plusieurs kystes recouverts d'une mince coque osseuse. Ces kystes sont remplis d'une substance colloïde, jaunâtre ou hématique. A côté des kystes, on peut trouver des ostéo-fibromes qui se présentent comme des tumeurs facilement énucléables.

La biopsie renseigne sur la nature de la lésion. La présence d'ostéoclastes, d'un stroma conjonctif dense, à fibrilles grêles et de cavités dépourvues de revêtement épithélial font porter le diagnostic d'ostéopathie fibro-kystique.

Evolution.

Ces dystrophies osseuses évoluent lentement, progressivement. Les lésions ne se fixent qu'après plusieurs années. L'affection peut demeurer stationnaire pendant quatre ou cinq ans.

D'après Codman, les lésions d'ostéite fibreuse pourraient subir la dégénérescence sarcomateuse.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le début insidieux et la marche lente des ostéopathies fibro-kystiques nous font penser aux tumeurs bénignes et aux hyperostoses infectieuses.

Le diagnostic se pose dans les cas suivants :

- 1° L'affection reste localisée et ne frappe qu'un maxillaire;
- 2° La tumeur fibro-kystique du maxillaire coexiste avec d'autres lésions du squelette.

Dans les formes localisées, il nous faudra étudier successivement les différentes tumeurs des maxillaires.

Tumeurs des maxillaires.

Fibrome. — Le fibrome siège le plus souvent au maxillaire inférieur. C'est une tumeur bien limitée. Le tissu fibromateux est riche en fibres conjonctives et pauvre en cellules. En somme, c'est une tumeur constituée par du tissu conjonctif adulte.

Ostéo-fibrome. — Il s'agit d'une tumeur diffuse dont l'image radiographique est une plage claire à bords imprécis.

La moelle osseuse est remplacée par du tissu conjonctif, mais l'os n'est pas détruit.

Chondromes. — Les chondromes sont des tumeurs à surface bosselée, à consistance élastique. Tavernier les décrit de la façon suivante : « La tumeur est formée par des plans de

cartilage assemblés comme des grains de grenade et séparés par des cloisons conjonctives plus ou moins calcifiées ou ossifiées qui tachent de noir l'image du chondrome, car les parties purement cartilagineuses sont transparentes. »

Les ostéomes. — Leur structure est variable. Ils reproduisent soit le tissu compact de la diaphyse, soit le tissu spongieux des épiphyses.

L'image radiographique donne souvent une zone centrale sombre et une zone périphérique grisâtre.

Tumeurs à myéloplaxes. — Le sarcome central à myéloplaxes siège le plus souvent au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur. L'os est augmenté de volume comme dans les cas d'ostéite fibreuse.

La radiographie donne une image claire à bords irréguliers.

D'après Ruppe, la principale caractéristique des tumeurs à myéloplaxes serait « leur malignité purement locale, leur évolution indolore et l'absence de métastases. »

Hypertrophie diffuse des gencives. — Cette affection est localisée aux tissus gingivaux. La réaction fibreuse est considérable. Les dents sont enfouies dans la tumeur. La consistance des masses hypertrophiées est élastique. Elle n'a pas la dureté de l'os.

Hyperostoses d'origine infectieuse. — La syphilis héréditaire peut donner des lésions se traduisant à la radio par des images kystiques. Mais la syphilis frappe rarement les maxillaires.

Actinomyose. — Dans les cas d'actinomyose centrale, le diagnostic est parfois difficile. L'os est refoulé par de nombreuses poches kystiques. La tumeur siège généralement à l'angle de la mâchoire.

Tumeurs d'origine dentaire. — L'épithélioma kystique adamantin est constitué par une série de logettes. Il ne présente pas l'aspect floconneux des parois kystiques de l'ostéite fibreuse.

Diagnostic des ostéopathies fibro-kystiques à foyers multiples.

Dans les observations I, II et III que nous rapportons, il s'agit d'affections généralisées avec localisation kystique au niveau des maxillaires.

Dans ce cas, la localisation au maxillaire n'est en somme qu'un symptôme de la maladie.

Acromégalie. — L'hypertrophie osseuse faciale est surtout marquée au maxillaire inférieur. L'os est simplement augmenté de volume. Le tissu osseux conserve son aspect habituel. Le diagnostic se fait à l'examen des pieds et des mains, qui présentent des déformations typiques.

Leontiasis ossea. — La leontiasis ossea débute dans la première ou la seconde enfance. L'affection évolue lentement.

La lésion initiale siège habituellement sur l'un ou l'autre maxillaire. L'hypertrophie se généralise à toute la face.

Il existe des formes localisées dont le diagnostic est assez difficile. Les lésions siègent par exemple au niveau du maxillaire inférieur et respectent le massif facial.

Maladie de Paget. — La maladie de Paget frappe de préférence les os de la voûte du crâne. Elle respecte ordinairement le massif facial. Le maxillaire inférieur est parfois épaissi au niveau de sa branche horizontale.

Hyperostoses familiales des maxillaires. — Frangenheim aurait observé sept cas d'hyperostose familiale. Aucun examen histologique n'a pu être pratiqué. Cette affection est encore trop mal connue pour pouvoir être discutée.

2° *Le goundou ou anakre.* — Le goundou est constitué par une série de tumeurs osseuses à évolution lente. Le maxillaire inférieur serait souvent intéressé dans sa partie antérieure, alors que les branches montantes restent saines.

L'image histologique du goundou se rapproche de celle donnée par l'ostéite syphilitique.

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les ostéopathies fibro-kystiques, la moelle osseuse se transforme en un tissu fibreux ou fibro-myxomateux. Des cavités de différent volume se forment. Elles peuvent donner secondairement des kystes multiloculaires. L'os ancien est remplacé par un os jeune, faiblement calcifié. Des géodes peuvent coexister avec une ébauche de réparation ostéo-fibromateuse.

STRUCTURE HISTOLOGIQUE. — Cornil et Ruppe (thèse de Paris, 1924) ont particulièrement bien étudié les coupes provenant de tumeurs fibro-kystiques. Nous nous contenterons de résumer la description qu'ils en donnent.

Périoste. — Le périoste paraît peu modifié. On aperçoit des fibres collagènes en grand nombre. La substance fondamentale affecte une disposition lamellaire. En certains points, la couche interne apparaît à peu près normale.

Zone ostéo-fibreuse. — Il faut considérer deux zones distinctes :

- 1° les travées osseuses;
- 2° les aréoles spongieuses.

Les travées osseuses sont moins abondantes que dans le tissu osseux normal. Les trabécules ont des bords très irréguliers. Il y a aussi une véritable continuité entre la fibroglie interstitielle et la substance fondamentale osseuse. Dans l'ensemble, les travées ont une calcification diminuée. Si la zone centrale se montre assez riche en granulations calciques, la

zone périphérique, au contraire, présente une décalcification très nette.

Les ostéoblastes ont une disposition assez irrégulière.

Aréoles spongieuses. — Sur un os normal, les aréoles du tissu spongieux sont comblées par la moelle osseuse. Dans les ostéites fibro-kystiques, le tissu qui occupe les aréoles serait constitué par de la « moelle fibroïde ».

Les éléments qui occupent la partie centrale des aréoles sont fusiformes, tassés les uns contre les autres, ayant l'aspect de « fibroblastes anastomotiques » (Ruppe). De plus, on aperçoit de nombreux myéloplaxes accolés aux travées osseuses.

Vaisseaux. — Il existe de nombreux vaisseaux capillaires. Mais les hémorragies périvasculaires sont rares.

Pseudo-kystes. — Lecène et Lenormand les rattachent à la fonte progressive du tissu conjonctif, peu vascularisé, anormalement développé dans les espaces médullaires.

Konjetzny croit qu'ils seraient dus à la résorption d'épanchements sanguins.

La cavité de ces pseudo-kystes est irrégulière, tapissée par une couche conjonctive interne.

Son contenu est séreux ou séro-hématique. En résumé, à l'os raréfié, détruit par places, se substitue un tissu fibreux ou un tissu ostéoïde mal calcifié.

TRAITEMENT

Quelle conduite tenir en présence de ces tumeurs?

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Le plus souvent, on a recours au traitement chirurgical qui doit être avant tout « conservateur ».

Le *curettage et l'évidement* de la lésion suffisent parfois à assurer la guérison.

La technique en est simple : La coque osseuse est découpée au ciseau. La curette évacue le contenu du kyste. Le curettage doit porter sur toute l'étendue du kyste jusqu'à ce que l'opérateur perçoive partout le contact du tissu osseux compact.

Ces ostéopathies sont, dans bien des cas, des tumeurs récidivantes. Après ablation de la tumeur, on voit souvent le processus morbide remanier l'os au niveau de la brèche que l'on vient de pratiquer.

Résection segmentaire. — Si la solidité de l'os est compromise, on peut avoir recours à la résection segmentaire, proportionnée aux lésions.

Une opération radicale serait mutilante, aussi, à l'heure actuelle, on se borne à faire une « résection atypique à la demande des lésions » (Sebileau).

Technique. — On incise la muqueuse après avulsion des dents qui gênent. On entaille l'os au ciseau sur la trace de l'incision. On enlève le fragment en bloc. On régularise les bords de la plaie à la gouge ordinaire.

On doit toujours laisser un point de substance osseuse.

« La résection atypique s'efforce de conserver au maxillaire sa fonction masticatrice et pour cela tente, aussi souvent qu'il est possible, d'assurer la continuité des fragments, le plus souvent par la conservation du rebord inférieur de l'os. » (Sebileau.) (Société chirurg., 1907.)

La prothèse de contention est absolument nécessaire chaque fois qu'il y a perte de substance dans la continuité de la mâchoire.

Résultats. — Les résections partielles sont des interventions bénignes. Les complications opératoires sont rares. Cette résection économique respecte l'intégrité de l'arc mandibulaire. Aussi les résultats fonctionnels ne sont pas mauvais.

TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE. — Dans certains cas de tumeurs du maxillaire, la radiothérapie a pratiquement réalisé des cicatrisations qui en ont imposé à plusieurs reprises pour des guérisons quasi absolues.

L'amélioration des techniques, et en particulier l'avènement de la röntgentherapie pénétrante, avec la méthode des feux croisés et des portes d'entrée multiples, pourrait peut-être donner des guérisons définitives.

Lorsque des récidives locales se produisent, on a conseillé l'emploi des radiations à longueur d'ondes courte. La curiethérapie transcutanée à foyers multiples paraît indiquée dans quelques-uns des cas.

Holfelder recommande l'emploi de doses massives pendant les premières séances. Le traitement est interrompu durant un ou deux mois. Ensuite, on recommence les séries.

Regaud attire l'attention sur les dangers que feraient courir au tissu sain des doses massives de radiations. Meyer-Borstel (*Chir. Berlin*, sept. 1929) pense que la röntgentherapie profonde donnerait de meilleurs résultats que le traitement chirurgical.

La malade de M. Jeanneney (obs. IV), que nous avons revue au Centre du cancer, suit un traitement radiothérapique.

Six séances de vingt minutes à raison d'une séance tous les deux jours :

Intensité : 4 milliampères;

Filtration : 1 mm. cuivre, 1 mm. aluminium;

Tension : 150 k. V.;

Distance : 30 centimètres.

Résultats. — Le traitement n'est pas terminé. Cependant on aurait déjà constaté une légère amélioration.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Lorsque le diagnostic est incertain, quelques auteurs conseillent l'expectative ou le traitement médical.

Si le Wassermann est positif, un traitement antisypilitique paraît indiqué. On assiste souvent à une régression de l'hyperostose sous l'influence du traitement.

Faut-il au point de vue traitement rapprocher l'ostéite fibreuse du rachitisme? Dans les cas d'hypoparathyroïdie avec décalcification du squelette, MM. Delmas-Marsalet et Broustet pensent que « l'ergostérine irradiée » pourrait donner des résultats intéressants.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée).

(DE LAUGENSKIOLD, *Acta chirurgica Scandinavia.*)

Jeune fille de 29 ans.

Lobe droit du corps thyroïde moyennement hypertrophié, dur, noueux. Wassermann négatif. Dans son enfance, multiples fractures. A 9 ans, cuisse gauche; 11 ans, fémur droit. Durant cette période, elle se plaint d'odontalgie et on lui enlève quelques dents.

En juin 1913, elle accuse des douleurs dans la moitié droite du maxillaire inférieur, qui est tuméfié. Puis les douleurs cessèrent et l'enflure diminua, sans toutefois disparaître complètement. Il persistait seulement sur la partie postérieure du bord alvéolaire une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dure, sensible à la pression. Puis les douleurs ont réapparu par intervalles, accompagnées chaque fois d'augmentation de la tumeur.

A l'examen, on trouve un crâne très agrandi; la moitié gauche de la voûte crânienne est plus élevée que la droite. L'os molaire et l'arcade zygomatique sont épaissis à gauche. La branche horizontale droite du maxillaire inférieur est augmentée de volume dans sa totalité. Elle est sensible à la pression. En un point, on trouve une zone fluctuante. La deuxième prémolaire et la deuxième molaire sont cariées.

Examen radiographique. — La voûte crânienne est épaissie dans la région pariétale. On voit une quantité de taches sombres de la grosseur d'une cerise. Parmi celles-ci, les unes sont très apparen-

tes, tandis que d'autres sont estompées. Une vue de face montre dans le maxillaire inférieur des foyers sombres analogues.

4 décembre 1913 : *Intervention*. — Incision intrabuccale dans le sillon gingivo-jugal. La première incision ne donnant pas assez de jour, nouvelle incision le long du bord inférieur du maxillaire. La couche osseuse externe est enlevée à la gouge. On ouvre ainsi une cavité contenant un liquide jaunâtre. Les parois de cette cavité sont formées par des masses osseuses spongieuses. On les enlève à la gouge.

7 février 1914 : La cavité est épithélialisée. La tumeur maxillaire a disparu.

8 février 1915 : On apprend que la mâchoire, depuis l'opération, n'est plus douloureuse.

Recherches microscopiques. — La couche compacte est composée d'os lamelleux. Sous cette couche, on trouve du tissu osseux spongieux dont les mailles sont remplies de tissu conjonctif riche en cellules. Dans les couches plus profondes, les travées osseuses diminuent au profit du tissu conjonctif. Les travées osseuses sont remplies d'ostéoblastes qui ne sont pas rangés régulièrement. Dans les lacunes, on voit un assez grand nombre d'ostéoblastes.

Entre les travées existe du tissu conjonctif moyennement riche en cellules, avec, par places, des quantités de cellules pseudo-sarcomateuses. Parmi les cellules de tissu fibreux, les fibroblastes constituent la masse prépondérante.

Conclusions. — On se trouve en présence d'une ostéite fibreuse type maladie de Recklinghausen, avec localisation kystique au niveau de la branche droite du maxillaire inférieur. Le début précoce de l'affection, les fractures de cuisse, le pseudo-kyste du maxillaire, sont autant de symptômes qui militent en faveur d'un diagnostic d'ostéite fibro-kystique.

OBSERVATION II.

(Cas de HABERER, cité par FRAUGENHEIM.)

Garçon de 10 ans. A l'âge de 3 ans, la mère remarque sur la moitié droite de la face une enflure dans la région de la mâchoire

inférieure qui s'agrandissait lentement et à laquelle elle n'attachait aucune importance. Une autre enflure se produisait dans la région temporale droite. A 5 ans, l'enfant se fracture le fémur au cours d'une marche. La fracture se consolida. Quant à la tuméfaction maxillaire, elle a augmenté lentement et d'une façon indolore.

A l'examen, on constate dans la région de l'os frontal droit une tumeur hémisphérique, dure, de surface lisse, insensible, et sur laquelle les téguments peuvent être déplacés normalement.

Immédiatement en avant de cette tumeur, et toujours située dans la partie antérieure du pariétal, une voussure plus petite et plus plate, nettement fluctuante en son centre, et entourée d'un rempart crénelé.

L'orbite droite est fortement enflée.

La branche horizontale droite du maxillaire inférieur est fortement augmentée de volume et est sensible à la pression.

Examen radiographique. — Tumeur pariétale droite à aspect kystique. Au niveau du maxillaire inférieur, il s'agit aussi d'une formation kystique qui ne se manifeste cependant pas aussi nettement que le kyste pariétal. Lorsqu'on incise la muqueuse du maxillaire, on tombe sur un os bosselé, mais lisse. La très mince couche osseuse cède au ciseau, et l'on aperçoit alors des cavités multiples d'où s'écoule du sang.

Conclusions. — En somme, chez ce malade il s'agit d'une ostéite fibreuse avec localisations kystiques au niveau du pariétal et du maxillaire inférieur.

OBSERVATION III.

(Cas de LERI, FAURE, BEAULIEU et RUPPE, Soc. méd. des hôp. de Paris, novembre 1923.)

Nous sommes en présence d'un homme de 60 ans qui avait fait vers 8 ans une maladie très fébrile entraînant une rétraction des jambes. Quelque temps après, son crâne se serait déformé. L'hypertrophie aurait débuté du côté du frontal gauche. Ces tuméfactions auraient augmenté progressivement jusqu'à 20 ans. Depuis,

le volume de la tête est resté stationnaire. A 6 ans, il s'est fracturé le bras droit. A 13 ans, chute d'un arbre et fracture du maxillaire inférieur. Enfin, à 40 ans, accident du travail et nouvelle fracture de l'humérus droit.

Actuellement, le crâne est très irrégulièrement recouvert des deux côtés par des saillies de consistance nettement osseuse. Toutes ces hyperostoses ont une surface à peu près lisse. Elles se perdent insensiblement par leur bord avec l'os voisin. Au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur, on note une saillie du volume d'une noix.

A l'ouverture de la bouche, on est frappé d'apercevoir un orifice de 2 centimètres de diamètre occupant le rebord alvéolaire et laissant voir une cavité osseuse spacieuse recouverte d'un mince exsudat blanchâtre. Par ailleurs, le maxillaire inférieur est sain. Le malade est atteint de pyorrhée; il n'a conservé que son incisive centrale. La voute palatine présente à droite une forte voussure allongée dans le sens antéro-postérieur.

En ce qui concerne les membres, on ne note rien d'anormal, hormis une déformation légère du bras droit.

Examen radiologique :

1° L'image du maxillaire supérieur montre une zone de raréfaction osseuse limitée par deux remparts osseux.

2° Celle du maxillaire inférieur fournit une image kystique, mais les parois de cette cavité pseudo-kystique ne sont pas normales. Elles ont un aspect floconneux qui est celui de l'ostéite fibreuse.

Conclusions. — En résumé, il s'agit d'un cas de maladie de Recklinghausen, bien que le crâne de notre malade présente des déformations analogues à celles que nous trouvons dans les crânes pagettiques.

OBSERVATION IV.

(Publiée par M. JEANNENEY, Bordeaux.)

D... (Marie), 22 ans, cultivatrice dans les Landes. Cette jeune fille est entrée le 27 septembre 1926 dans le Service du docteur Bégouin pour une tumeur de la branche horizontale du maxillaire

inférieur. Dès 1922, la malade accuse des lésions dentaires (carie) au niveau de dents quelconques. Un soir, en novembre 1924, apparaissent des douleurs au niveau de la branche horizontale droite du maxillaire. Le lendemain, elle constate une tuméfaction au niveau de la gencive. Cette tuméfaction, qui fait saillie du côté de la cavité buccale et du côté jugal, est indolore, même à la pression. Les jours suivants, cette petite tumeur augmente progressivement. La malade va voir le dentiste, qui lui extrait cinq racines cariées au niveau de la partie tuméfiée. Cependant, la grosseur augmente toujours, sans phénomènes douloureux, et finit par atteindre le volume d'une noix entre l'angle du maxillaire et la canine. Le Docteur Ribeyrol, de Dax, pratique un curettage avec avulsion d'une dent en juin 1923. La cavité de curettage n'admettait que le bout de l'index; mais une fistule persiste. Elle ne se comble qu'en 1923. La grosseur, qui avait diminué à la suite de l'opération, reprend sa marche, mais avec des périodes d'arrêt et même de diminution, constatées d'ailleurs par le médecin traitant.

En juillet et août 1926, des douleurs lancinantes névralgiques avec parfois sensation de fourmillement apparaissent au niveau du maxillaire — avec irradiations vers le menton, vers le cou et vers l'oreille — privant la malade de sommeil. Devant cet état de la malade, un traitement spécifique (sirop de Gibert, injections intramusculaires de biiodure de Hg) est institué, qui n'amène aucune modification. C'est dans ces conditions que la malade est conduite à l'hôpital.

Elle se présente comme une jeune fille d'assez chétive apparence, avec une légère scoliose dorsale gauche. Son facies surtout est très particulier. Il est caractérisé par un léger aplatissement de la face avec voussure des bosses frontales comme les malades de Léry, enfin une saillie horizontale du maxillaire droit accusant une asymétrie faciale. L'ensemble rappelle un peu l'hydrocéphalie.

Rien de particulier au niveau de la peau, au niveau des organes génitaux externes, ni des seins, qui sont normalement développés; mais il existe un nystagmus congénital tout à fait frappant.

La branche horizontale du maxillaire est souflée en masse, de la canine à la dent de sagesse, qui est englobée par la tumeur.

Celle-ci, légèrement bosselée, fait surtout saillie sur la face vestibulaire de la mâchoire. Son épaisseur maxima atteint 24 millimètres. La muqueuse est saine à son niveau, elle est si tendue que l'os apparaît en certains points au-dessous d'elle par transparence. Au niveau du bord alvéolaire, la première prémolaire, mal formée et branlante, se montre couchée en avant.

La tumeur n'est pas douloureuse à la pression, sa consistance est homogène, ferme, rénitente. En aucun point, on ne trouve de crépitation parcheminée. Il n'existe pas d'adénopathie. On note cependant quelques petits ganglions au niveau de l'angle du maxillaire.

Rien de particulier dans les antécédents de cette malade. Le père et la mère sont vivants. Il n'y a pas eu de fausse couche maternelle. Il existe des stigmates d'hérédosyphilis : voûte palatine ogivale, tubercules de Carabelli, nystagmus congénital. Le B.-W. fait dans le sang par le Professeur Mauriac est cependant négatif.

Une radiographie faite par M. Réchou montre une tumeur très perméable aux rayons X avec des travées arciformes, irrégulières, s'intriquant dans l'intérieur de la tumeur, qui présente un aspect alvéolaire. Il existe une série de logettes claires, séparées par des travées foncées. La périphérie a des limites nettes, tranchant par transparence avec l'opacité des régions saines.

L'exploration radiologique systématique du squelette est négative. Cependant, les os frontaux paraissent un peu épaissis ainsi que l'occipital.

Le 1^{er} octobre 1926, sous anesthésie locale, la tumeur est incisée. On met à nu une tumeur recouverte par une mince coque osseuse, allant de la première prémolaire à la dent de sagesse. On tombe dans une cavité remplie d'une substance colloïde gélatineuse, jaunâtre. Toute la surface osseuse correspondante est abrasée à la curette de manière à ne laisser que la table interne du maxillaire inférieur.

Suites opératoires bien supportées. La malade quitte le service.

Examen de la pièce (par le Professeur Sabrazès). — C'est un tissu lâche, à cellules fusiformes ou polymorphes. Des vaisseaux jeunes,

parfois de très récente formation, se trouvent dans les mailles conjonctives à fibrilles grêles. Ce tissu conjonctif entoure les segments d'os. Ces segments d'os sont petits, inégaux. D'autres îlots d'os présentent des espaces purement fibreux. Une zone de collagène s'édifie autour de ces segments d'os. La gangue de la tumeur est de nature conjonctive, riche en cellules polymorphes. A noter quelques infiltrations lymphocytiques et aussi la présence de plasmocytes.

En réalité, on peut qualifier d'ostéite fibreuse ce processus. Il existe de petits kystes. Ce sont des foyers hématiques, résiduels, qui sont le point de départ des cavités kystiques. Dans les segments d'os, on peut rencontrer des canaux médullaires assez nombreux. On n'y voit nulle part des myélocytes, des polynucléaires, des hématies. Dans ces espaces médullaires qui sont en évolution fibreuse, certains tronçons d'os sont absolument transformés en petites esquilles; les cellules de l'os ébauchent parfois autour d'eux une sorte de tissu fibreux dense. A noter l'aspect nuageux, tigré du tissu conjonctif de la masse lorsqu'on le colore par le May Giemsa. Les cellules sont aux points nodaux de ce dispositif.

Conclusions. — Ce qui nous frappe dans cette observation, c'est la nature de la lésion et sa pathogénie. Il s'agit d'une ostéopathie chronique remaniant la structure osseuse et remplaçant la moelle par du tissu fibreux et du tissu ostéoïde. La fonte fistulaire entraîne la formation des cavités pseudo-kystiques.

29 mai 1931 : Récidive d'une tumeur du maxillaire inférieur droit.

Intervention en août 1931.

Actuellement, tumeur du volume d'une noix. Pas d'adénopathie. Evolution lente. Aucun retentissement sur l'état général.

Traitement par le gluconate de calcium pendant trois mois sans aucun résultat.

Traitement radiothérapique. — La malade en est à la sixième séance.

Résultats. — Le traitement n'est pas terminé.



OBS. IV. — M. D , ostéopathie fibro-kystique. Centre du commerce de Bordeaux.

CONCLUSIONS

I. — 1° Parmi les tumeurs des mâchoires, un certain nombre de néoformations bénignes ou malignes sont d'origine dentaire. D'autres sont analogues à celles qu'on retrouve en divers points de l'organisme.

2° Les tumeurs d'origine dentaire seraient uniquement dérivées d'une production mixte épithélio-conjonctive : le bourgeon paradentaire.

II. — 1° Les ostéites fibro-kystiques peuvent être ramenées à deux types :

- a) une forme localisée;
- b) une forme généralisée.

2° La similitude entre la lésion type de l'ostéite fibro-kystique localisée et celle de la maladie de Recklinghausen serait absolue.

III. — Les ostéopathies fibro-kystiques des maxillaires sont peu fréquentes.

Nous ignorons tout de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection.

Aucune des théories émises ne peut satisfaire pleinement notre esprit.

IV. — Cliniquement, il s'agit d'une tumeur dure, lisse, indolore, à évolution lente et progressive, renfermant des cavités pseudo-kystiques.

L'état général n'est jamais modifié.

V. — L'os est complètement remanié. Il y a transformation de la moelle osseuse en tissu fibreux et production de tissu ostéoïde mal calcifié.

Les cavités kystiques n'ont pas de revêtement épithélial.

VI. — Le diagnostic présente des difficultés.

Il faudra éliminer successivement les tumeurs « spéciales » au maxillaire et les affections généralisées avec localisation secondaire au niveau du maxillaire.

VII. — 1° L'intervention doit être « modelante, et jamais mutilante ».

2° La roëntgenthérapie doit être essayée dans quelques cas.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
H.-L. ROCHER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 12 décembre 1931.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARGAUD et TESTOUD. — Sur l'histogenèse de l'ostéite fibreuse. *Bull. de la Soc. de biol.*, n° 13, 1923, p. 1016.
- ALLISON et BROOKS. — Bone Atrophy. *Arch. Surg.*, 1922, vol. V.
- AXHAUSEN. — Arb. aus dem Gebiet der Knochen pathologie. *Arch. für Klin. Chir.*, 1911, Bd XCIV.
- BARKER. — Endocrinology and Metabolism, vol. I, p. 696, London, 1922.
- BARRIÉ. — Fibrocystic and cystic lesions in Bone. *Ann. Surg.*, 1917, vol. LXVII, p. 354.
- BAUER. — Über das Verhalten der Epithel Körperchen bei den ostéomalacie. *Frankl. Zeitsch. für Path.*, 1911.
- BECK. — Oosseous cysts of the tibia. *Amer. Journ. of the Med. Sciences*, 1901, vol. CXXI.
- BENJAMINS. — Ueber die Glandulæ parathyroïdæ. *Beit. z. pathol. anat.*, 1902.
- BÉRARD et ALAMARTINE. — Les dystrophies osseuses. *Revue de chirurgie*, 1914-1915, vol. I, p. 137.
- BLOOGOOD. — Benign Bone Cysts. *Ann. Chirurg.*, 1910, vol. LII.
— The conservative Treatment of Giant Cell Sarcoma. *Ann. Chir.*, 1912.
- BOCKENHEIMER. — Virchow's Leontiasis ossea. *Arch. Chirurg.*, 1908.
- BOIT. — Ueber Leontiasis ossea und ostitis fibrosa. *Arch. für Klin. Chirurg.*, 1912, vol. XXVII.
- BORAK. — Sur le traitement de l'ostéite fibreuse localisée. *Wiener Röntgen Gesell.*, mars 1928.
- BROWN. — A case of Solitary cyst in the Humerus. *Edinburgh Med. Journ.*, 1922.

- CHABÉ. — Osteofibrose vacuolaire de Recklinghausen. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 déc. 1926.
- CHAVANNAZ et SABRAZÈS. — Sur un cas de kyste du tibia. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 26 mai 1920.
- CHIFOLIAU. — A propos du traitement de certaines maladies osseuses par la thyroïdectomie. Société de chirurgie, Paris, 26 nov. 1930.
- COMBY. — Symptômes, diagnostic différentiel, pathogénie et traitement de l'ostéite fibreuse localisée. *Arch. de méd. des Enfants, Paris*, t. XXX, 1^{er} juill. 1928, p. 420-423.
- DAWSON et STRUTHERS. — Generalised osteitis fibrosa. *Edinburgh Med. Journ.*, oct. 1923, p. 424.
- DELAHAYE. — Ostéite fibreuse localisée des os longs. *Gazette des hôpitaux*, 10 sept. 1924.
- DELATER et BERCHER. — Le granulome paradentaire, étape première des tumeurs périradiculaires des mâchoires. *Revue de stomatologie*, mai 1923.
- De l'unité pathologique des tumeurs des mâchoires. *Presse médicale*, 16 juin 1923.
- FUJII. — Ostitis fibrosa cystica. *Beit. zur Klin. Chirurg.*, 1914.
- FRANGENHEIM. — Ostitis fibrosa cystica des Schädels. *Deutsche Zeitsch. für Chirurg.*, 1912.
- FREIRE. — Sur l'ostéite fibreuse déformante. *Arch. des malad. des Enfants*, mai 1921.
- GAGNIER. — De l'ostéofibrome du maxillaire supérieur. Thèse Paris, 1910.
- GOLD. — La signification des parathyroïdes dans l'ostéite fibreuse généralisée de Recklinghausen. *Mittel aus den generale de Mediz. med. Chirurg.*, 1928.
- HAEBERER. — Zur casuistik der Knochencysten. *Arch. für Klin. Chir.*, 1905.
- HASLOJER et BAUER. — Question of brown tumors and localised osteitis fibrosa of lower jaw. *Zeitsch. für Zahn.*, 1930.
- JEANNENEY, GUÉRIN, MAGENDIE. — Ostéopathie fibreuse du maxillaire inférieur. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 janv. 1907.

- HARBURGER. — Résection atypique des tumeurs du maxillaire inférieur par les voies naturelles (tumeurs d'origine dentaire exceptées) à la demande des lésions. Thèse Paris, 1926.
- HUET. — Contribution à l'étude des tumeurs des os. Thèse Paris, 1925.
- KONJEZTVY. — Die Sogenannte lokalisierte ostitis fibrosa. *Arch. für Klin. Chirurg.*, 1922.
- LANGENSKIOLD. — Ueber ostitis fibrosa. *Acta chirg. Scandinavica*, 1916.
- LECÈNE et LENORMANT. — Kystes solitaires non parasitaires des os longs. *Journ. de chirurgie*, 1912.
- LEGAC. — Contribution à l'étude des kystes osseux essentiels. Thèse Paris, 1921.
- LÉRI, FAURE, BEAULIEU et RUPPE. — La maladie osseuse fibro-kystique de Recklinghausen. Soc. méd. des Hôpitaux, 25 nov. 1923.
- LÉRI et RUPPE. — La maladie osseuse fibro-kystique de Recklinghausen. *Progrès médical*, 3 mai 1925.
- MAUCLAIRE et BURNIER. — Kystes solitaires des os et ostéite fibreuse. *Arch. de chirurg.*, 25 août 1911.
- MEYER-BORSTEL. — Supériorité de la röntgenthérapie profonde sur le traitement chirurgical dans l'ostéite fibreuse. *Chir.*, Berlin, t. I, 15 sept. 1929.
- RECKLINGHAUSEN. — Die fibröse oder deformierende ostitis. *Festschrift. Virchord*, Berlin, 1891.
- RAMIJEAN. — De la leontiasis ossea. Thèse Paris, 1921.
- RUPPE. — Les ostéites fibreuses des maxillaires. Thèse Paris, 1924.
- SABRAZÈS, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT. — Tumeurs des os. Un vol., Masson, Paris, 1932.
- SPRING. — Osteitis fibrosa audits influence upon dentition. *Arch. für klin. Chir.*, 1928.
- TAVERNIER, NOVE-JOSSERAND. — Tumeur des os.
- SENÈQUE. — Kystes osseux essentiels de l'adolescence. *Presse médicale*, 19 janvier 1924.

VAUVILLIER. — A propos de deux cas de tumeurs des maxillaires.
Thèse Montpellier, 1927.

VERGER, DELMAS-MARSALET, BROUSTET. — Ostéofibrose kystique de
Recklinghausen et carence calcique. Thérapeutique par
l'ergostérine irradiée. Ann. 1930.

WESMACOOT. — Chronic hyperplasia of the superior maxill. Intern.
Med. Congress 1913 (sect. XV), p. 243.

